

HEMORRAGIES DIGESTIVES BASSES ABONDANTES

Principales causes – Conduite à tenir

K. VAHEDI, Ph. MARTEAU
Hôpital Lariboisière

Hémorragies digestives basses (HDB)

- Rectorragies et/ou méléna
 - Origine colique: 80% des cas
 - Prise en charge moins bien codifiée que les hémorragies digestives hautes
-

*Farrell, Aliment Pharma Ther 2005
Lesur, Gastroenterol Clin Biol 2003*

EPIDEMIOLOGIE

- 4 à 5 fois moins fréquentes que les HD hautes
- Incidence: 20-30 / 100 000 habitants / an
- Plus élevée chez l'homme et sujet âgé
 - ✓ Risque x 200 à 80 ans vs 30 ans
 - ✓ Âge moyen de survenue: 63-77 ans

Farrell, Aliment Pharma Ther 2005
Peura, Am J Gastro 1997
Longstreth Am J Gastr 1997

PRONOSTIC

- Arrêt spontané du saignement : 80%
 - Pronostic moins sévère que les HD hautes
 - Choc hémorragique: 19% vs 35%
 - Transfusion: 36% vs 64%
 - Anémie: 61% vs 84%
 - Mortalité: 2 à 4 %
 - Mortalité supérieure chez les malades hospitalisés (23%)
 - Indication chirurgicale: 10-15%
-

Farrell, Aliment Pharma Ther 2005

Leitman, Ann Surg 1989

Richter, Gastrointest Endosc 1995

Zuckerman, Gastrointest Endosc 1998

PRISE EN CHARGE INITIALE (1)

➤ Objectifs:

- poser le diagnostic d'HDB
- établir son type: sang rouge vif, rouge foncé, méléna
- évaluer le caractère actif et persistant ou non du saignement
- apprécier la gravité (signes de choc, Hb, etc...)
- prendre les mesures initiales de réanimation

PRISE EN CHARGE INITIALE (2)

➤ Orientation diagnostique:

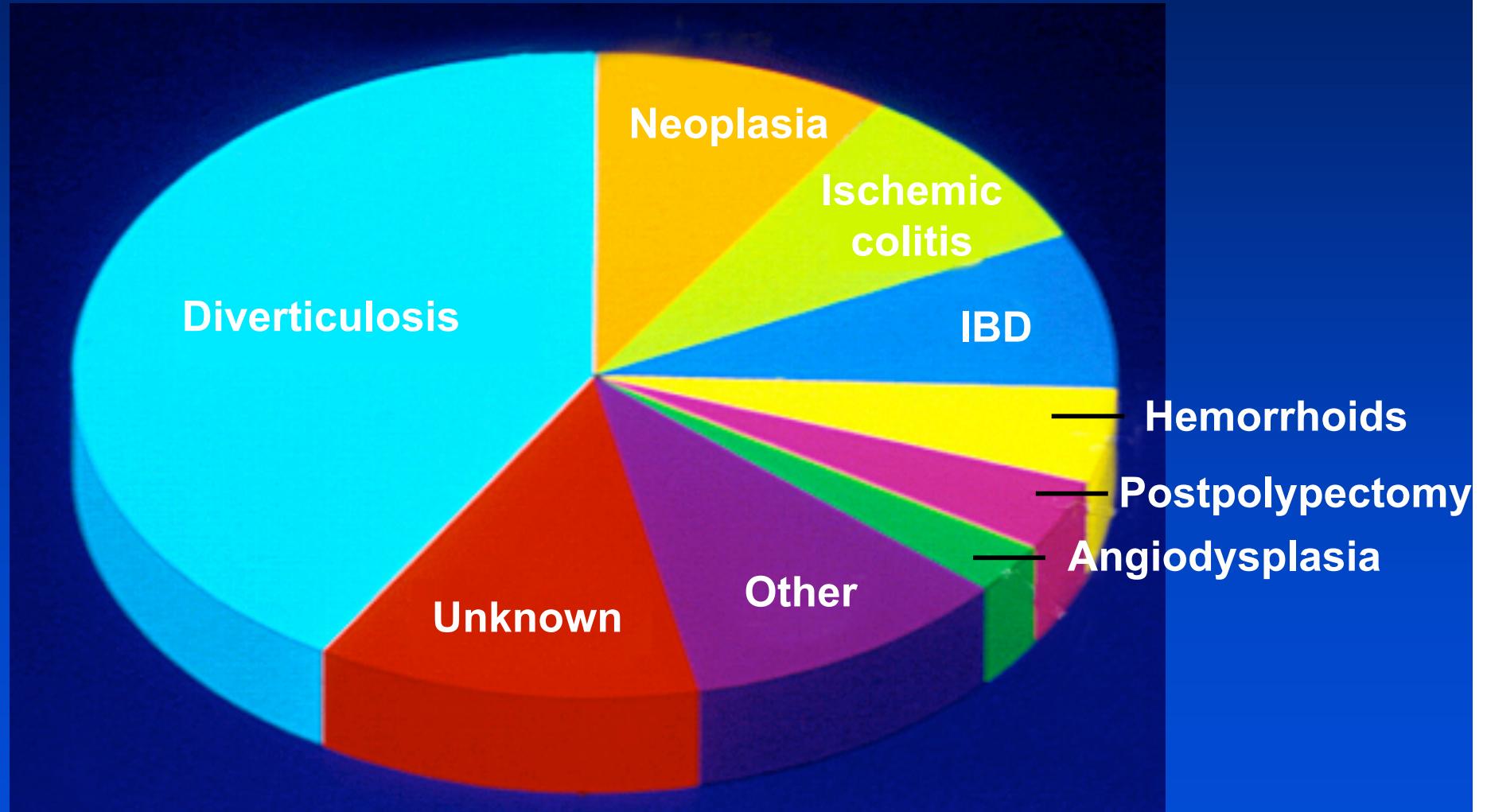
- âge +++
- évolution du saignement dans les premières heures
- terrain: antécédent d'HDB, de diverticulose, de prise médicamenteuse, de radiothérapie, d'athérosclérose, HTP, ulcère GD, etc...
- signes associés: douleurs, diarrhée, fièvre etc...
- données de l'examen clinique: TR + examen proctologique (hémorroïdes, cancer rectal)

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE (1)

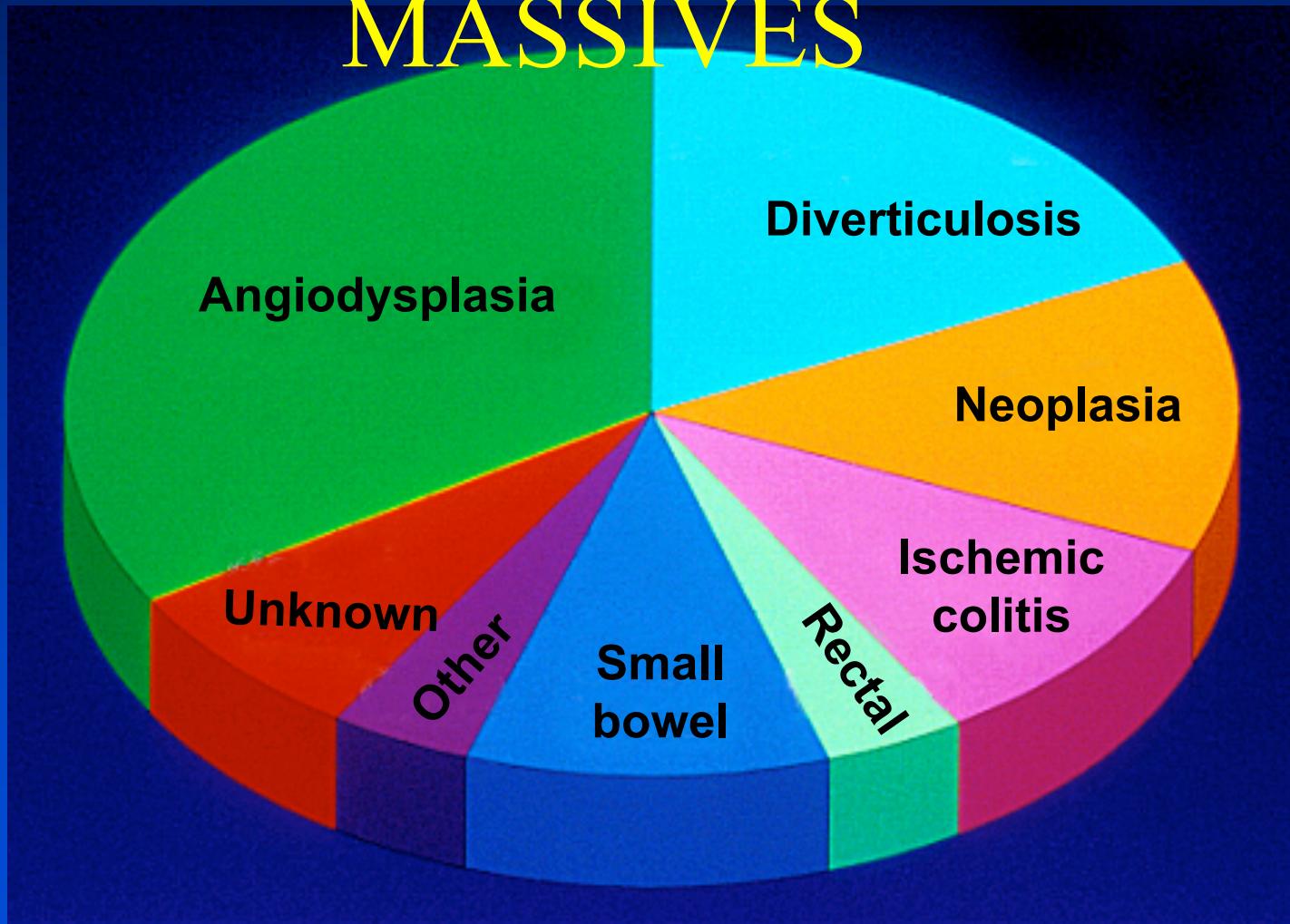
4 situations différentes

- ☒ HDB massives menaçant le pronostic vital
- ☒ HDB actives peu sévères persistantes
- ☒ HDB peu sévères ayant cessé spontanément
- ☒ HDB intermittentes

ETIOLOGIE DES HDB tout venant



ETIOLOGIE DES HDB MASSIVES



STRATEGIE DIAGNOSTIQUE (2)

Intérêt majeur de la coloscopie:

- mise en évidence du site du saignement, de son caractère actif ou des stigmates de saignement récent
 - diagnostic étiologique
 - intérêt thérapeutique
-
- MAIS:
 - Difficulté de la réaliser en urgence (réanimation)
 - Préparation
 - Accès aux techniques d'hémostase, expérience
 - Complications (sujets âgés: 0,25-5%)

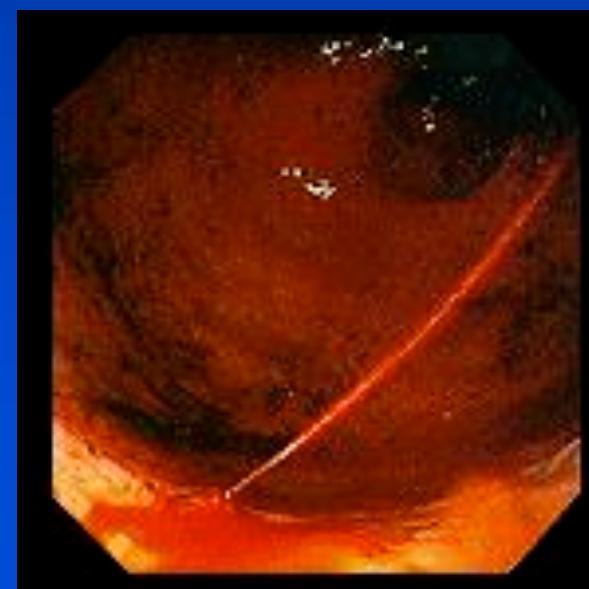
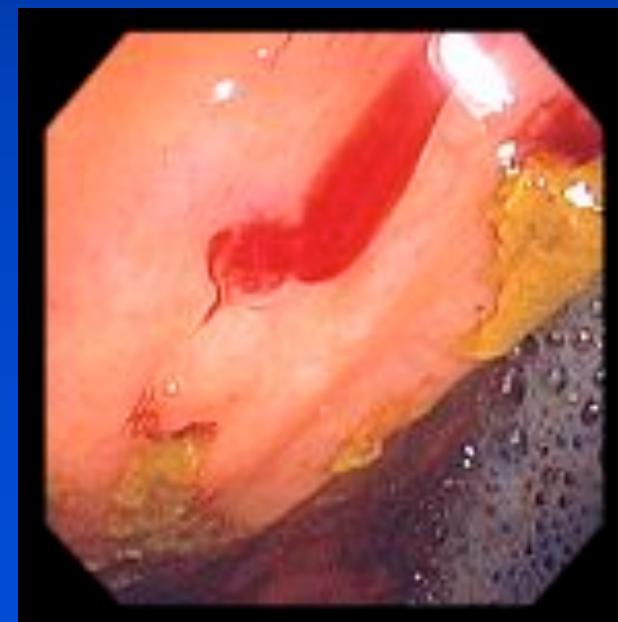
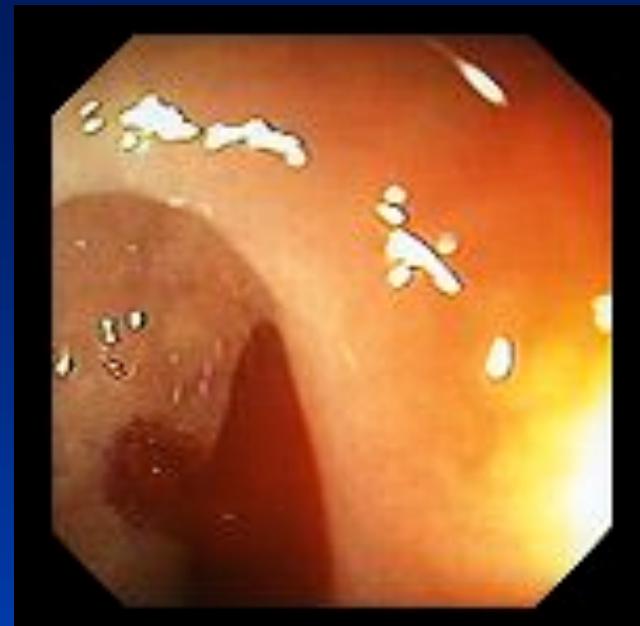
HDB MASSIVES (1)

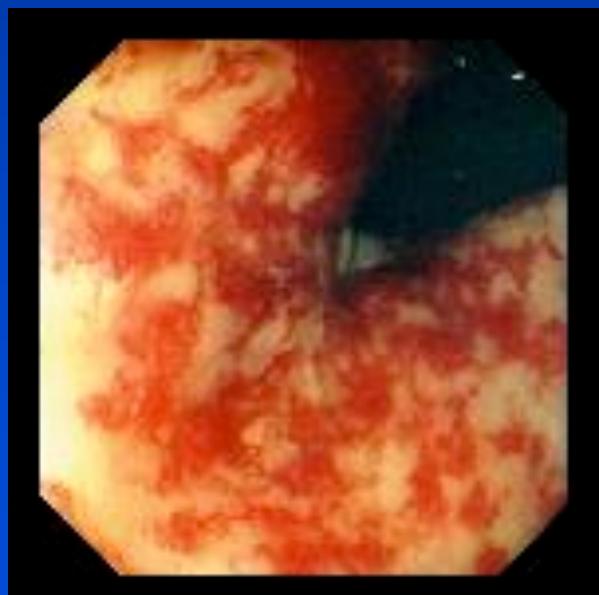
- Eliminer une cause haute par une endoscopie haute +++
(origine haute = 10-15%)
 - Eliminer une cause rectale ou proctologique
 - Discussion rapide entre recto-sigmoidoscopie,
coloscopie sans préparation et artériographie
-

HDB MASSIVES (2)

- Recto-simoidoscopie:
 - facile, après préparation basse rapide sans AG
 - tolérance médiocre, rentabilité diagnostique 10%
 - Coloscopie totale en urgence (12-24h):
 - réalisable en urgence en 1^{ère} intention
 - diagnostique et thérapeutique
 - si possible préparation (3-4 l de PEG en 3-6 h)
 - rentabilité diagnostique meilleure si réalisation précoce +++
 - Si échec: artériographie, voire chirurgie
-

Auteurs	n	Diagnostic positif (%)	Traitement endoscopique (%)	Coloscopie incomplète (%)
Jensen 1988	80	85	48	0
Richer 1995	78	90	13	11
Geller 1997	524	42	17	2
Kok 1988	190	78	5	16
Prokash 1998	30	60	6	0
Chaudhry 1998	85	97	31	2
Ohyama 2000	345	89	14	45





Traitement endoscopique des angiodynrasies

- Plasma argon ++
- Electrocoagulation
- Sclérothérapie



- Efficace sur le saignement actif
- Récidive 50% à 3 ans... maladie générale chez bcp de malades

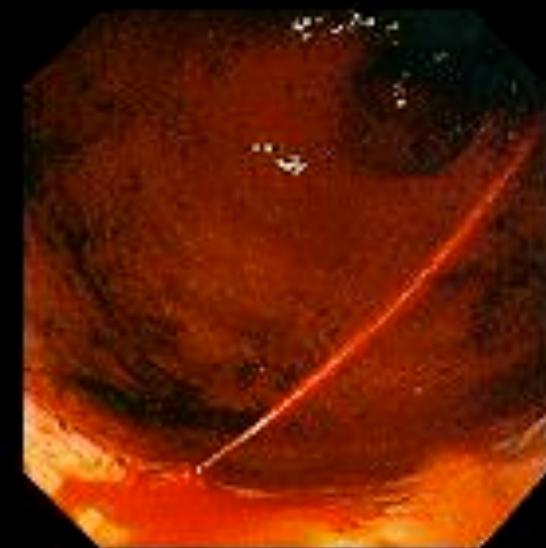
Traitemen^t endoscopique des diverticules hémorragiques

- Injection sclérosante ++
 - Clips
 - Electrocoagulation
-
- Efficace sur le saignement actif



Traitemen~~t~~**t** endoscopique des ulcérations ponctuelles hémorragiques

- Clips
 - Injection sclérosante
 - Electrocoagulation
-
- Efficace sur le saignement actif



HDB intermittente de diagnostic difficile

- Situation difficile
 - Souvent pas de diagnostic certain car lésions d'imputabilité incertaine
 - Indication à une coloscopie en première intention, mais:
 - rentabilité non évaluée
 - que faire en cas de négativité: multiplier les explorations ou traitement ?
 - problème de l'imputabilité des lésions vues (angiodynplasies, diverticules)
-

CONCLUSIONS

- HDB : plus souvent d'origine colique
- Examen clé = coloscopie totale
- Causes et rentabilité des explorations dépendent du terrain et surtout de la présentation clinique de l'hémorragie (abondance, persistance ou non)
- Impact sur l'organisation de la prise en charge en urgence
 - Casse immuable une HDP à des lésions difficiles